Rok LII. Kraków, dnia 21. czerwca 1913. Nr 25.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

†

PROFESOR STANISŁAW PAREŃSKI.



Dnia 17. czerwca 1913 r. wskutek nieszczęśliwego wypadku kolejowego w Szczakowej, spiesząc do chorego, utracił życie Prof. Dr Stanisław Pareński. Wiadomość o tem nieszczęściu wywołała wszędzie przygnębiające wrażenie, gdyż Prof. Pareński był postacią nietylko w Krakowie, ale i we wszystkich ziemiach polskich tak lekarzom, jak i szerokim kołom, przez swą 45-letnią działalność lekarską i obywatelską dobrze znaną i wysoko cenioną.

Prof. Pareński urodził się w Krakowie 16 listopada 1843 r. Tu się wychował i tu ukończył szkoły w gimnazyum św. Anny. Uczęszczał również w Krakowie na uniwersytet, gdzie otrzymał w r. 1868 dyplom doktora medycyny, w roku 1870 dyplom doktora chirurgii, w roku zaś 1871 w uniwersytecie wiedeńskim dyplom magistra położnictwa. Podczas ostatnich swych studyów był asystentem przy katedrze anatomii patologicznej od r. 1868—1870 w czasie profesury A. Biesiadeckiego. W r. 1870 był sekundaryuszem szpitala św. Łazarza, skąd został wysłany do szpitala wiedeńskiego dla dalszego kształcenia się. W r. 1871 został asystentem w klinice medycznej za czasów Prof. Gilewskiego. Po tegoż śmierci prowadził zastępczo klinikę przez dwa lata (1871 1873), zostawszy w r. 1872 docentem prywatnym dyagnostyki lekarskiej. W tym czasie rozwinęła się u młodego kandydata do opróżnionej katedry ciężka choroba płuc, wskutek czego porzucił swe czynności i pracę, a z niemi i dalsze aspiracye. Po kilku jednak latach odzyskał zdrowie i już w r. 1875 zostaje mianowany prymaryuszem oddziału chorób wewnętrznych szpitala św. Łazarza, które to stanowisko piastował aż do końca. W r. 1884 został nadzwyczajnym tytularnym profesorem, a w r. 1890 publicznym nadzwyczajnym profesorem bezpłatnym patologii i terapii chorób wewnętrznych w Uniwersytecie Jagiellońskim.

Prof. Pareński miewał swoje wykłady w swoim oddziale szpitala św. Łazarza, i to przeważnie z zakresu badania fizycznego chorych i dyagnostyki lekarskiej. Wykłady były czysto praktyczne, zastosowane do potrzeb lekarza praktykującego. Uczniowie odnosili z nich wielkie korzyści praktyczne na całe swoje życie. To też wielu uczniów wpisywało się na nie kilka półroczy wcześniej, gdyż liczba ich dla ćwiczeń praktycznych bywała ograniczona. Wykłady łączyły się z badaniem chorych. W przeprowadzaniu badań był Prof. Pareński bardzo ścisły, szczegółowy i dokładny. Wnioski wysnute z badania nie opierały się na fantastycznych kombinacyach, lecz na rozumowaniu anatomiczno-patologicznem, którego był stale zwolennikiem. To też zwykle rozpoznania bywały niezmiernie trafne, a Prof. Pareński zdobył sobie opinię bardzo biegłego dyagnosty tak między lekarzami, jak i u publiczności. Jego oddział szpitalny był wprost drugą kliniką, i to kliniką praktycznego życia, przygotowującą świeżo dyplomowanego do przyszłej praktyki samodzielnej.

Z zasług Prof. Pareńskiego dla nauki klinicznej należy podnieść opracowanie symptomatologii i dyagnostyki klinicznej, w r. 1872 jeszcze nie znanej, wrzodów jelit, powstających wskutek zatorów tętnic krezkowych. Oparł on ją nietylko na podstawie obserwacyi klinicznej, ale równocześnie i na podstawie dokładnego zbadania anatomopatologicznego odnośnych przypadków przy nekroskopii. W innej znów pracy, przedsięwziętej ze swoim sekundaryuszem Dr Blatteisem, stwierdził przez obszerne badania mikroskopowe krwi na szeregu chorych zimniczych, że na naszem Powiślu przyczyną zimnicy są plasmodya typu trzeciaczkowego i czwartaczkowego, jakoteż, że u nas zdarzają się przypadki zimnicy, w których plasmodya ze krwi znikają bez zastosowania jakiegokolwiek leku.

Prof. Pareński brał żywy udział w sprawach społeczno-lekarskich. Przyczynił się do powstania polskiego Towarzystwa balneologicznego i szkoły zawodowej pielęgniarek w Krakowie i był do ostatka życia prezesem Towarzystwa balneologicznego. Bardzo mu też zależało na popieraniu i rozwoju zdrojowisk krajowych. Przez długie lata uczestniczył w pracach komisyi redakcyjnej »Przeglądu lekarskiego«, jako delegat Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Prof. Pareński dzierżył godnie sztandar zawodu lekarskiego i stanowiska profesora uniwersytetu i cenił je wysoko. Obcą Mu była reklama, kolegom radził jej unikać, a gdy Mu zwrócono uwagę, że jest ona dogodnością dla publiczności, odpowiedział, że dobrego i porządnego lekarza wszędzie znajdą, i nie mylił się, bo bez reklamowania się był ze wszystkich lekarzy polskich najwięcej poszukiwanym praktykiem. Biadał On nad zanikaniem powagi stanu lekarskiego w społeczeństwie, a wiadomość o przypadkach nieetycznego postępowania przez lekarzy przejmowała Go wielką przykrością i odrazą.

Obok rozległej czynności lekarskiej i dydaktycznej była działalność obywatelska Prof. Pareńskiego bardzo obszerna. Jeszcze jako student pospieszył w r. 1863 do walki o niepodległość i brał w bitwach czynny udział. O towarzyszach broni i w późniejszych latach nie zapominał, dopomagał im, a aż dotąd piastował godność prezesa delegacyi krakowskiej Towarzystwa wzajemnej pomocy uczestników powstania z 1863 r.

Wiele obywatelskiej pracy, poświęcenia i czasu włożył Prof. Pareński w sprawy miasta Krakowa, do którego zarządu jako radca miejski należał bez przerwy od r. 1881. Na tem stanowisku pracował on w dwóch kierunkach, i to najmniej wdzięcznych w naszych rozpolitykowanych czasach, bo w kierunku zdrowotności i dobroczynności miasta. Będąc przez 35 lat członkiem komisyi sanitarnej Rady miasta, brał żywy i czynny udział w jego asanacyi, w powstawaniu i rozwoju miejskich instytucyi lekarskich i szpitalnych. Jako długoletni prezes sekcyi dobroczynnej Rady miasta rozwijał z każdym rokiem coraz żywszą czynność i energię w sprawie poprawy i tworzenia nowych schronisk, ochronek, przytułków dla kalek, starców, opuszczonych dzieci, herbaciarń dla ubogiej młodzieży, kolonii wakacyjnych dla młodzieży i wielu innych użytecznych instytucyi humanitarnych.

Wyrazem uznania działalności Prof. Pareńskiego był żywo jeszcze w pamięci nam stojący jubileusz, urządzony 1 czerwca 1910 r. na Jego cześć przez sfery lekarskie i obywatelskie. Władze szpitalne, delegacya Rady miasta Krakowa, Wydział medyczny U. J., Towarzystwa lekarskie ze wszystkich trzech dzielnic Polski składali w tym dniu Jubilatowi swoje życzenia. Zebrany z okazyi tego jubileuszu składkowy fundusz im. Stanisława Pareńskiego, przeznaczony dla ozdrowieńców szpitala św. Łazarza, wynosił 6000 K., do którego Rada miasta dodała 1000 K., a sam Jubilat dopełnił go do kwoty dziesięciu tysięcy koron.

Dziś właśnie w chwili, gdy Uniwersytet nasz przedsięwziął starania, aby uczcić godnie siedemdziesięciolecie Prof. Pareńskiego przez nadanie mu godności profesora zwyczajnego, zgasł On przedwcześnie i niespodziewanie, pozostawiając w smutku rodzinę i najszersze koła kolegów i wdzięcznego społeczeństwa.

Cześć Jego pamięci! W. Jaworski.

Ważniejsze publikacye, ogłoszone przez Prof. Pareńskiego, są następujące:

O wrzodach przewodu pokarmowego skutkiem zatoru powstających. Kraków 1862.

To samo w przeróbce: Ueber embolische Darmgeschwüre. Med. Jahrbücher 1876 III.

O pasorzycie zimnicy. Studyum kliniczno-etyologiczne. Napisał Prof. Dr St. Pareński i Dr Stefan Blatteis (Przegląd lek. 1892 Nr 10, 12, 13, 14, 19 i 20).

Błękit metylenu (Mercka) przeciw zimnicy. Napisali: Prof. Dr Stanisław Pareński i Dr Stefan Blatteis. Przegl. lek. 1893 Nr 1.

To samo w tłómaczeniu: Ueber das Methylenblau (Merck) bei Malaria. (Therapeutische Monatshefte 1893 Januar).

Pod kierownictwem Prof. Pareńskiego wyszły jeszcze inne publikacye, ogłoszone przez współpracowników Jego oddziału szpitalnego.

Z Zakładu patologii ogólnej i doświadczalnej w Uniwersytecie Jagiellońskim.

Dalsze badania, dotyczące powstawania przerzutów makroskopowych u myszy rakowatych.

(Część czwarta badań doświadczalnych nowotworów złośliwych).

Napisał

Adam Wrzosek.

Zagadnienie o powstawaniu przerzutów makroskopowych u myszy rakowatych nie zostało dotychczas wszechstronnie opracowane. Wciąż jeszcze różni badacze wypowiadają w tej sprawie niezgodne zupatrywania. Jeden atoli fakt nie ulega już wątpliwości, został bowiem stwierdzony przez wielu obserwatorów, mianowicie, że nowotwory złośliwe mysie, zarówno samoistne, jak i przeszczepione, wytwarzają przerzuty makroskopowe rzadko, bez porównania rzadziej, aniżeli nowotwory złośliwe u ludzi.

W pierwszej mojej pracy doświadczalnej nad nowotworami złośliwymi doszedłem do przekonania, na podstawie własnych badań i spostrzeżeń, że do powstawania przerzutów makroskopowych u myszy rakowatych potrzebne są trzy warunki: po pierwsze, aby zaszczepiony nowotwór miał skłonność do szybkiego rozwoju; powtóre, aby był zaszczepiony w miejscu, które takiemu rozwojowi nie sprzyja; po trzecie, aby został zaszczepiony myszom, których ustrój jest dobrem podłożem do rozwijania się przerzutów [1]).

Lewin, opierając się na wynikach moich badań, tudzież na własnych swoich spostrzeżeniach, wypowiada się za zdaniem Ehrlicha, który mniema, że przerzuty makroskopowe powstają u myszy rakowatych rzadko dlatego, ponieważ szybko rosnący nowotwór pochłania w ustroju całkowicie swoisty materyał odżywczy, a przez to przeszkadza rozwojowi przerzutów. Lewin zaznacza, że dopóki nowotwór mysi rośnie powoli, dopóki zjadliwość jego jest nieznaczna, dopóty mogą powstawać przerzuty. Z chwilą, gdy się to zmienia, gdy nowotwór dosięga w krótkim czasie dużych rozmiarów, przerzuty nie rozwijają się, albowiem brak im swoistego odżywczego materyału [2]).

Pracując w dalszym ciągu nad wyjaśnieniem powstawania przerzutów makroskopowych u myszy rakowatych, doszedłem pod niektórymi względami do odmiennych zapatrywań od tych, które wyłuszczyłem w poprzedniej pracy, poświęconej rozwiązaniu tego zagadnienia.

Zauważywszy, że przerzuty makroskopowe powstają u myszy białych daleko częściej, jeśli im szczepić nowotwory złośliwe do ogona, gdzie mogą się jeno bardzo powoli rozwijać, aniżeli jeśli im szczepić podskórnie w pachwinie lub na grzbiecie, a więc w miejscach, w których prędko rosnące nowotwory nie znajdują przeszkód do szybkiego rozprzestrzeniania się, — wypowiedziałem zdanie, że miejsce, w którem szczepi się nowotwór, odgrywa w pewnej mierze rolę w powstawaniu przerzutów. Może w rzeczy samej okoliczność ta ma niejakie znaczenie w powstawaniu przerzutów, atoli, jak się w toku dalszej pracy przekonałem, nie można wysnuwać tego wniosku na zasadzie częstego powstawania przerzutów u myszy, którym nowotwór został zaszczepiony do ogona; a to z powodu, który niżej wyłożę.

Do eksperymentów używałem myszy białych młodych, mających zwykle dwa do trzech miesięcy. Szczepiłem im nowotwory do ogona dwojakim sposobem. Pierwszy sposób polegał na krajaniu nowotworu drobniutko małemi nożyczkami, potem zwykle na rozrzedzaniu miazgi nowotworu w dwójnasób rozczynem soli kuchennej 0·85%, wreszcie na wprowadzaniu tak otrzymanej zawiesiny cząsteczek nowotworu podskórnie do ogona. W tym celu, znieczuliwszy zwierzęta, wkłuwałem im dość grubą igłę strzykawki Pravaza do ogona w kierunku ku nasadzie jego, a po wyjęciu jej wkładałem w to samo miejsce cieniutki koniec pipety Pasteura z zawiesiną miazgi nowotworu, którą wstrzykiwałem w miejsce, utorowane igłą strzykawki. Tak postępowałem, szczepiąc nowotwory do ogonów, w ciągu kilku pierwszych lat pracy nad nowotworami. Potem szczepiłem innym sposobem; nowotwór siekałem drobno przyrządem, wyłącznie do tego celu przeznaczonym, opisanym w pracy Bashforda, Murraya i Haalanda [3]); następnie wstrzykiwałem miazgę nowotworu, zwykle z dodatkiem takiej samej ilości rozczynu soli kuchennej 0·85%, do ogona w kierunku ku jego końcowi lub nasadzie, a to zapomocą zaopatrzonych w igły platynowe szklanych strzykawek z podziałkami na

---

[1]) A. Wrzosek: O warunkach powstawania przerzutów makroskopowych u myszy rakowatych. Przegląd lekarski, 1910, Nr 52. Zeitschrift für Krebsforschung 1912, Bd. XI.

[2]) C. Lewin: Versuche über die Biologie der Tiergeschwülste. Berliner klinische Wochenschrift, 1913, Nr 4.

[3]) E. F. Bashford, J. A. Murray und M. Haaland. Ergebnisse der experimentellen Krebsforschung. Zeitschrift für Immunitätsforschung und experimentelle Therapie. I. Bd. Originale, 1909, str. 459.

0·05 cm^3 lub 0·025 cm^3. Szczepiłem zwykle każdej myszy po 0·025 cm^3 miazgi nowotworu, rozrzedzonej w dwójnasób roztworem fizyologicznym soli kuchennej, czyli po 0·0125 cm^3 samej miazgi.

Niezależnie od tego, jakim sposobem szczepiłem myszom do ogona miazgę nowotworu, w płucach rozwijały się przerzuty daleko częściej, aniżeli po zaszczepieniu tejże samej miazgi nowotworu pod skórę na grzbiecie lub w okolicy pachwiny. I tak zaszczepiłem pipetą Pasteura gruczolakoraka, oznaczonego Nr I., ogółem 167 myszom do ogona; przyjął się on w ogonie 67 myszom, przyczem u 20 z nich rozwinął się także w płucach, co stanowi 29·8%. Po zaszczepieniu tegoż nowotworu strzykawką 303 myszom, przyjął się w ogonie 62, rozwijając się jednocześnie w płucach u 24 (39·4%). — Nowotwór Nr IV., który jest także gruczolakorakiem, zaszczepiłem pipetą do ogona 228 myszom; przyjął się 104. U 50 rozwinął się także w płucach (48%). Tenże nowotwór zaszczepiony do ogona strzykawką 291 myszom, przyjął się 100. U 46 z nich rozwinął się również w płucach. Wyniki eksperymentów były podobne, bez względu na to, czy wstrzykiwałem miazgę nowotworu w kierunku ku końcowi ogona, czy też ku nasadzie. Jeżeli natomiast szczepiłem miazgę wspomnianych nowotworów pod skórę na grzbiecie lub w okolicy pachwiny, to przerzuty w płucach rozwijały się bardzo rzadko: nowotworu Nr I. zaledwie w 1·4%, a nowotworu Nr IV. w 5·9% [4]).

Nowotwory, rozwijające się w płucach po zaszczepieniu ich do ogona, poczytywałem z początku za przerzuty. W ciągu atoli dalszych badań nasunęły mi się pewne wątpliwości, czy można je uważać za istotne przerzuty. Zauważyłem mianowicie, że po wstrzyknięciu do ogonów miazgi nowotworu kilka myszy zaraz lub wkrótce potem padło wśród objawów duszności. Widocznie kawałeczki nowotworu, wstrzykiwane do ogona, dostawały się bezpośrednio do obiegu krwi, stąd zaś do płuc, a zapewne i do innych narządów. Jest to tem prawdopodobniejsze, że w ogonie myszy przebiegają stosunkowo szerokie żyły, których zranienia nieraz wprost nie sposób uniknąć w czasie wstrzykiwania miazgi nowotworu. Aby sprawę tę wyjaśnić, wykonałem kilka szeregów eksperymentów, których wyniki podaję niżej.

Pierwszy szereg eksperymentów wykonałem w ten sposób, że zaszczepiłem do ogonów 10 myszy nie miazgę nowotworu i nie strzykawką, — lecz, zrobiwszy pod skórą ogona igłą strzykawki mały otworek, wkładałem doń cieniutkiemi szczypczykami kawałeczek nowotworu Nr I. Dziesięciu innym myszom, służącym do kontroli, wprowadziłem miazgę tegoż samego nowotworu strzykawką do ogona w kierunku ku jego końcowi. Z pośród pierwszej gromady myszy nowotwór przyjął się w ogonie trzem, lecz u żadnej nie rozwinął się w płucach. Natomiast w drugiej gromadzie myszy nowotwór przyjął się tylko jednej, lecz rozwinął się u niej również w płucach. Eksperyment ten powtórzyłem, zaszczepiwszy, w sposób wyżej podany, 10 myszom do ogona po kawałeczku nowotworu Nr IV., a jednocześnie wstrzyknąwszy 12 myszom miazgę tegoż nowotworu do ogona w kierunku ku jego końcowi. Nowotwór przyjął się w ogonie 5 myszom pierwszej gromady i 6 drugiej, przyczem rozwinął się także w płucach u jednej myszy z pośród pierwszych i u jednej z pośród drugich. Ogółem zatem w obu szeregach eksperymentów zaszczepione kawałeczki nowotworów przyjęły się w ogonach 8 myszom; u jednej z nich rozwinął się przerzut w płucach. Po zaszczepieniu zaś miazgi nowotworu strzykawką przyjęły się nowotwory w ogonach 7 myszom, a jednocześnie u 2 rozwinęły się także w płucach.

Z wyników wspomnianych eksperymentów jeden tylko wniosek wysnuć można: że nawet wtedy, kiedy się szczepi kawałeczki nowotworu pod skórę ogona, a więc gdy trudno mówić o wprowadzaniu cząsteczek nowotworu wprost do krwi, mogą się rozwinąć przerzuty makroskopowe w płucach. Eksperymenty, o których mowa, nie rozstrzygnęły jednak pytania, czy miazga nowotworu, wstrzykiwana do ogona, nie dostaje się czasem wprost do obiegu krwi. Aby na to pytanie odpowiedzieć, wykonałem następujące eksperymenty.

Dziesięciu myszom wstrzyknąłem do ogonów miazgę nowotworu Nr 1, podwiązawszy im przedtem silnie u nasady ogony nitką jedwabną, aby w czasie szczepienia cząsteczki nowotworu nie dostawały się do ogólnego krążenia krwi. Dziesięciu innym myszom zaszczepiłem do ogonów strzykawką takie same ilości nowotworu, lecz im ogonów nie podwiązywałem. W 30 minut po zaszczepieniu zdjąłem podwiązki z ogonów myszy pierwszej gromady. Nowotwór przyjął się w ogonach 6 myszom, które miały przed zaszczepieniem ogon podwiązany, i 4 myszom, którym ogonów nie podwiązywałem. Z pośród pierwszych myszy u trzech rozwinął się także nowotwór w płucach, a z pośród drugich u dwóch. A więc i wtedy, gdy odpływ krwi z ogona w ciągu 30 minut po zaszczepieniu doń nowotworu był zatamowany, zaszczepiony do ogona nowotwór rozwinął się także w płucach, i to w połowie przypadków.

W innych szeregach eksperymentów odcinałem myszom ogony zaraz lub w pewien czas po zaszczepieniu do nich nowotworów, zanim pojawił się w ogonie widoczny guzek. Zaszczepiłem do ogona 80 myszom nowotwór I i 40 myszom nowotwór IV. W pięć dni po zaszczepieniu nowotworu IV odciąłem 20 myszom ogony u samej nasady. Toż samo uczyniłem 20 myszom w sześć dni po zaszczepieniu im nowotworu I. Nowotwór I przyjął się w ogonie tylko 5 myszom, przyczem u jednej z nich rozwinął się także w płucach; natomiast nie stwierdziłem nowotworu w płucach ani u jednej z tych myszy, którym odciąłem był ogony. Co się tyczy nowotworu IV, to rozwinął się on w ogonach 7 myszy, u trzech z nich także w płucach. Lecz, co najważniejsza, stwierdziłem makroskopowo nowotwory w płucach również u 5 myszy, którym odcięto ogony w pięć dni po zaszczepieniu do nich nowotworów.

W innym szeregu eksperymentów zaszczepiłem 34 myszom do ogona nowotwór I, a w 50 godzin potem połowie z nich odciąłem ogony. Nowotwór przyjął się w ogonie trzem myszom; u jednej z nich rozwinął się także w płucach; lecz rozwinął się również w płucach u jednej z odciętym ogonem.

Wreszcie wykonałem jeszcze dwa szezegi eksperymentów, w których odciąłem niektórym myszom ogony natychmiast po zaszczepieniu do nich miazgi nowotworu. Zaszczepiłem mianowicie w jednym szeregu eksperymentów nowotwór IV do ogona 20 myszom, poczem niezwłocznie 10 myszom odciąłem ogony. Zaszczepiony nowotwór rozwinął się w ogonach 4 myszy, a jednocześnie w płucach u tych 4 myszy; nie rozwinął się zaś w płucach ani u jednej z odciętym ogonem. W drugim szeregu eks-

---

4) A. Wrzosek: Ueber die Bedingungen der Entstehung von makroskopischen Metastasen bei carcinomatösen Mäusen. Zeitschrift für Krebsforschung, 1912, Bd. XI.

perymentów zaszczepiłem 21 myszom nowotwór I do ogona i natychmiast po zaszczepieniu 11 myszom odciąłem ogony. Zaszczepiony nowotwór rozwinął się w ogonie u 3 myszy, a u 2 z nich także w płucach. Stwierdziłem również w płucach nowotwory u 2 myszy, którym zaraz po zaszczepieniu miazgi do ogonów w kierunku ku ich końcowi, ogony odciąłem.

Z powyższych eksperymentów z całą oczywistością wynika, że acz nie u wszystkich, to jednak u niektórych myszy miazga nowotworu, wstrzyknięta do ogona, dostała się zaraz do obiegu krwi, a stąd do płuc. Szczepiąc przeto miazgę nowotworu do ogona, szczepi się ją jednocześnie w pewnej liczbie przypadków także do płuc za pośrednictwem naczyń krwionośnych. Rozwijających się wówczas w płucach nowotworów żadną miarą za przerzuty uważać nie można.

Z tego faktu, że u myszy rakowatych istotne przerzuty makroskopowe rzadko powstają, nie można jeszcze wysnuwać wniosku, że nowotwory mysie pod względem biologicznym różnią się wogóle zasadniczo od nowotworów złośliwych ludzkich; zdarzają się bowiem i wśród nowotworów mysich takie, które często wytwarzają przerzuty. Z liczby 30 nowotworów samoistnych mysich, które próbowałem przeszczepiać, jedne nie przyjmowały się myszom wcale, inne rzadko, niektóre często. Nowotwory które udawało mi się przeszczepiać z wynikiem pomyślnym, bardzo rzadko tworzyły przerzuty. Atoli jeden z przeszczepianych przezemnie nowotworów stanowił w tym względzie jaskrawy wyjątek. Powstał on samoistnie u myszy białej, samicy, tuż z lewej strony zewnętrznych narządów płciowych. Zauważyłem go, 5 kwietnia 1911. Był on wówczas wielkości sporego ziarna grochu. Mysz została zabita 11 maja 1911. Wyłuszczony nowotwór ważył 2·3 gr. Był on znacznej zbitości. barwy ciemnej i zawierał jamki wypełnione ciemnokrwawą cieczą. Przerzutów nie wytworzył. Znaczną część nowotworów pokrajałem drobno nożyczkami, miazgę rozrzedziłem pół na pół rozczynem soli kuchennej 0·85%, poczem zaszczepiłem ją 18 myszom pod skórę w okolicy pachwiny, szczepiąc po 0·025 cm³ lub po 0·05³ zawiesiny miazgi. Mniejszą część nowotworu wzięto do badania histologicznego, które wykazało, że był to gruczolakorak [1]). Z 18 myszy, którym miazgę nowotworu, oznaczonego Nr XXIV, zaszczepiłem, u 8 przyjął się, przyczem u 4 z nich rozwinęły się przerzuty makroskopowe w płucach. Przeszczepiony nowotwór rozwijał się dość szybko. Myszy, którym się przyjął, żyły średnio po dni 69·7; średnia waga ich nowotworów, wyłuszczonych po śmierci myszy, wynosiła 5·0 gr.; największy z nich ważył 8·2 gr., najmniejszy 0·3 gr. Waga nowotworów, które wytworzyły przerzuty, wynosiła: 5·0 gr., 5·4 gr., 5·6 gr i 8·2 gr. Jeden z przeszczepionych nowotworów wyłuszczyłem, po zabiciu myszy, posiekałem go przyrządem do rozdrabniania nowotworów mysich, miazgę rozrzedziłem w połowie NaCl 0·85% i zaszczepiłem ją: dwom myszom do jamy brzusznej po 0·025 cm³ zawiesiny miazgi nowotworu; dwom po takiej samej dawce do prawej jamy opłucnej; pięciu po takiej samej dawce do ogonów; pięciu po 0·05 cm³ zawiesiny miazgi nowotworu pod skórę grzbietu i wreszcie siedmiu po takiej samej dawce podskórnie w okolicy pachwiny. Nowotwór przyjął się tylko 2 myszom w pachwinie; u obu myszy były przerzuty w płucach. Nowotwory ważyły po 7 gr. Jedna z tych myszy żyła 57 dni, druga zaś została zabita w 64 dni po zaszczepieniu nowotworu. Nowotwór z tej myszy przeszczepiłem 15 myszom podskórnie do pachwiny po 0·05 cm³ zawiesiny, składającej się z miazgi nowotworu i równej ilości Na Cl 0·85%, czyli zaszczepiłem po 0·025 cm³ samej miazgi nowotworu, a nadto dwom z tych myszy zaszczepiłem do ogona tęż samą miazgę nowotworu, lecz w dawkach dwa razy mniejszych, aniżeli do pachwiny. Tylko u jednej myszy przyjął się nowotwór, mianowicie w pachwinie. Mysz ta padła w 35 dniu po zaszczepieniu nowotworu, który ważył u niej 6 gr. W płucach były przerzuty. Dalej nowotwór nie był przeszczepiany. A zatem na 11 myszy, którym nowotwór XXIV przyjął się w pachwinie, u 7, a zatem u większej części, rozwinęły się przerzuty makroskopowe w płucach. Nowotwór XXIV nie rozwijał się powolniej, aniżeli nowotwory I i IV, które szczepione podskórnie do pachwiny zupełnie tak samo jak nowotwór XXIV, tylko wyjątkowo tworzyły przerzuty makroskopowe w płucach.

Ze wszystkich eksperymentów i spostrzeżeń, o których wyżej była mowa, należy wysnuć wniosek, że najważniejszym warunkiem powstawania przerzutów makroskopowych u myszy rakowatych są niezbadane jeszcze bliżej własności biologiczne nowotworów, a nie miejsce ich zaszczepienia, ani szybkość ich rozwoju.

[1]) Nowotwór ten zbadał histologicznie na moją prośbę Prof. L. K. Gliński, za co Mu na tem miejscu serdecznie dziękuję.

Z kliniki chorób nerwowych i umysłowych Uniw. Jagiell. (Dyrektor Prof. Dr Jan Piltz).

O objawach ogólnych i ich znaczeniu dla wczesnego rozpoznania i leczenia nowotworów mózgu.

Podał

(na podstawie odczytu, wygłoszonego w Towarzystwie lekarskiem)

Dr Jan Landau
asystent kliniki.

(Ciąg dalszy).

Na pierwszem miejscu wymieniłem wśród objawów podmiotowych — b ó l e g ł o w y. Są one bowiem wśród objawów ogólnych najczęstszym i najstalszym przypadem. Wprawdzie w pewnych przypadkach, a mianowicie w tych, w których te bóle głowy mają charakter bólów napadowych, neuralgicznych, przyczyną tych bólów jest ucisk na nerwy trójdzielne, jednakże w większości przypadków zależą one od ucisku. jaki wywiera wzmożone ciśnienie wewnątrzczaszkowe, względnie sam nowotwór przy powierzchownem jego usadowieniu na nerwy czuciowe w obrębie opony twardej. Za tem przemawia fakt zmniejszania się, lub ustępowania tych bólów na pewien czas, razem z obniżeniem się tego ciśnienia, np. przy przebiciu się guza przez kość na zewnątrz, albo po sztucznem upuszczeniu pewnej ilości płynu mózgowo-rdzeniowego, albo wreszcie przy okresowym odpływie tego płynu przez nos, jak się

to zdarza w przypadkach tak zwanej »hydrorrhoea nasalis«.

W tychto przypadkach szczególniej jasno przedstawia się ta zależność między pojawieniem się bólów głowy, a każdorazowem zwiększaniem się, względnie zmniejszaniem ciśnienia śródczaszkowego, ponieważ każdemu odpływowi płynu mózgowo-rdzeniowego przez nos towarzyszy regularnie zwolnienie w zakresie objawów ogólnych, a zatem i w zakresie bólów głowy. Być może, że nietylko opona twarda, ale i opona miękka, a nawet substancya mózgowa mogą być, jak to zaznacza Monakow, punktem wyjścia dla bólów głowy, mimo, że zawierają one jedynie tylko rozgałęzienia nerwów współczulnych.

Bóle te, które w początkach nowotworów mózgu pojawiać się mogą rzadko i być bardzo jeszcze nieznaczne, zaczynają po pewnym czasie występować coraz częściej, okres trwania poszczególnych napadów staje się coraz dłuższym, a pod względem nasilenia mogą one przewyższać bóle, jakie spotykamy przy wszelkich innych sprawach chorobowych, które nie idą w parze ze wzmożeniem się ciśnienia wewnątrzczaszkowego. Natężenie i charakter tych bólów, które chorzy ci opisują jako uczucie pewnego ciężaru, gniecenia, rwania, łamania, to znowu głuchego, gdzieś z głębi wychodzącego bólu, są tak przykre dla chorych i tak panują nad całym obrazem chorobowym, że często jedyną skargą, z jaką chorzy ci zgłaszają się do lekarza, jest właśnie przykry ból głowy, który popycha takich chorych nawet do zamachów samobójczych. O innych swych dolegliwościach, jak np. o tak nawet poważnych, jak zaburzenia wzroku, chorzy wcale nie wspominają i dopiero przy bliższych indagacyach w tym kierunku można się o nich dowiedzieć.

I czas trwania poszczególnych napadów przedłuża się, jak już wspomniałem, coraz bardziej, tak że z czasem wobec częstości bólów głowy wypada nam się pytać nie o szybkość pojawiania się pojedynczych napadów, lecz raczej o zwolnienia w przebiegu tego jednostajnie utrzymującego się bólu. Podnieść jednak należy, w myśl poprzednich uwag co do progresywności poszczególnych objawów ogólnych, że właśnie owe bóle głowy stosunkowo najczęściej jeszcze z pośród wszystkich tych objawów, mimo dalszego trwania sprawy chorobowej znowu się cofają, tj. stają się i mniej częstymi i mniej silnymi, a nawet mogą i zupełnie ustąpić.

Zdarza się jednak i tak, że bóle głowy pozornie tylko zmniejszają się, tj. chory przestaje z czasem narzekać i uskarżać się na swe straszne cierpienia, leży natomiast zupełnie spokojnie, lub od czasu do czasu jęknie tylko, albo też westchnie głęboko. W tych przypadkach przyczyną owego pozornego cofania się bólów głowy jest zamroczenie świadomości, które w mniejszym lub większym stopniu towarzyszy prawie każdemu nowotworowi mózgu w późniejszym jego okresie i nie pozwala choremu odczuwać tak silnie swoich dolegliwości.

Stosunkowo częstym i dla nowotworów mózgu charakterystycznym jest ten typ bólów głowy, gdzie wśród jednostajnego, niezbyt wielkiego, ale pewnego stałego nasilenia tego bólu, występują nagłe zaostrzenia, które idą w parze z zawrotami, nudnościami i wymiotami, a często także z pewnem zamroczeniem świadomości, przygnębieniem i apatyą, względnie silnem podnieceniem psychicznem.

Do rzadziej natomiast spotykanych typów w rozwoju i przebiegu tych bólów głowy należą bóle o charakterze napadowym, neuralgicznym, albo znowu takie ataki napadowo występujących bólów, które idąc w parze z nudnościami i wymiotami i obejmując jedną tylko połowę głowy, przypominają zupełnie napady migreny. O tych formach bólów głowy, że się tak wyrażę atypowych, bo spotykanych stosunkowo rzadko w przebiegu nowotworów mózgu, pamiętać należy, ażeby z ich, może dla innych jednostek chorobowych bardzo charakterystycznego przebiegu, nie wysnuć fałszywych wniosków w kierunku właściwego rozpoznania.

Pamiętać wreszcie należy o tem, że jakkolwiek wprawdzie nadzwyczaj rzadko, to jednak zdarzają się i takie przypadki nowotworów mózgu, które czy to ze względu na swoje podkorowe usadowienie, czy to ze względu na swoją wielkość, nie doprowadzają do wzmożenia się ciśnienia wewnątrzczaszkowego i przebiegają bez żadnych bólów głowy.

Co do rozprzestrzeniania się bólów głowy, to obejmują one najczęściej całą czaszkę, czasem jednak pojawiają się stale w zakresie jednej tylko połowy, i to niekoniecznie tej, po której jest nowotwór; rzadko ograniczają się one do pewnej tylko części czaszki, i to również niekoniecznie tej, pod którą rozwija się guz. Bywa wreszcie i tak, że obok rozlanej bolesności całej czaszki pewne miejsca są szczególniej bolesne, i to najczęściej skronie, czoło lub okolica potylicy.

Naturalnie, że mimo najbardziej nawet charakterystycznego dla guzów mózgu — przebiegu i cech tych bólów, nie można jeszcze rozpoznawać nowotworu lub jakiejkolwiek innej organicznej choroby mózgu, gdyż nie mamy żadnych bezwzględnie pewnych danych, któreby pozwalały jedynie z rodzaju bólów głowy na odrzucenie schorzenia czynnościowego, a przyjęcie sprawy organicznej.

W ścisłym związku z bólami głowy pozostaje drugi objaw podmiotowy, jakim jest b o l e s n o ś ć, która pojawia się już p r z y l e k k i e m o s t u k i w a n i u c z a s z k i. Bolesność ta może być rozlaną, albo też podobnie znowu jak i bóle głowy, które występują samoistnie, ograniczoną do połowy, lub pewnej tylko części czaszki. Ponieważ zaś nawet taka ograniczona bolesność nie odpowiada bardzo często miejscu usadowienia guza, przeto należy być bardzo ostrożnym przy zużytkowywaniu jej w kierunku określenia siedziby nowotworów. W tych przypadkach może ona nam posłużyć jedynie tylko jako objaw ogólny, który wspólnie z innymi ułatwia rozpoznanie nowotworu mózgu, nie przesądzając jednak jeszcze jego usadowienia. Z tego to powodu, jak i dlatego, że podania jednego i tego samego chorego co do miejsca bolesności przy ostukiwaniu czaszki są ogromnie zmienne i sprzeczne, wspominam o tym objawie między objawami ogólnymi podmiotowymi, z tem naturalnie zastrzeżeniem, że ma on podobnie, jak i samoistne bóle głowy, ograniczające się do jednego tylko miejsca, w większości przypadków znaczenie objawu ogniskowego.

Dalszym ogólnym objawem podmiotowym są z a w r o t y. Często, bardzo często słyszymy od chorych cier-

piących na nowotwór mózgu, że cierpią od dłuższego już czasu na zawroty głowy. Gdy jednak zażądać od nich, ażeby nam dokładnie określili, co oni rozumieją przez owe zawroty, to dowiadujemy się od jednych, że mają jakieś dziwne uczucie lęku, to znowu, że się im ćmi w głowie, albo że tam wewnątrz szumi i dzwoni od pewnego czasu; innym zaś chorym mdli koło serca i są tak słabi w nogach, że myślą, iż upadną i t. d.

(C. d. n.).

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia dróg moczowych.

E. Boucayrol. **Przyczynek do nauki o chorobach cewki moczowej.** (Zeitschr. f. Urolog. T. VII. Z. 3). Na podstawie swojego doświadczenia zwraca autor uwagę, że zbyt energiczne leczenie miejscowe przewlekłego trypra cewki moczowej może wywołać bardzo nieprzyjemne następstwa dla ustroju; w swoim przypadku zauważył R. powstanie ropnia tryprowego wśród mięśni ramienia. W ropie tej wykazało badanie bakteryologiczne obecność dwoinki, zupełnie podobnej do dwoinki trypra, a tylko na pożywkach wystąpiły pewne cechy, odróżniające tego ziarniaka od zwykłej dwoinki tryprowej. Na tej zasadzie wypowiada autor przypuszczenie, że dwoinka tryprowa, pozostająca długo w ustroju, szczególnie poza obrębem cewki moczowej, może z czasem nabyć pewnych właściwości, odróżniających ją od zwykłej dwoinki tryprowej. Pisarski.

M. zur Verth i Scheele. **Induratio penis plastica.** (Deut. Zeit. f. Chir. 121 Z. 3—4). 3 przypadki z kliniki Biera (dotąd w literaturze opisano 97). Cierpienie powstaje zwykle w późniejszym wieku i cechuje się zjawianiem się na grzbiecie prącia pod przesuwalną skórą twardych zgrubień, zrośniętych z osłoną ciał jamistych. Z czasem powstają zwapnienia, a nawet skostnienia. Przy wzwodzie bóle, skrzywienie, niezdolność spółkowania, przygnębienie psychiczne. Przyczyny: dna, kiła, cukrzyca, urazy, nikotyna, alkohol i t. d. Należy zaraz z początku wyciąć zgrubienia razem z powięzią prącia. K.

Posner. **Przyczynek do chirurgii zaniku sterczu.** (Zeitschr. f. Urolog. Bd. VII. H. 4). Zanik sterczu nie jest rzadkiem zjawiskiem. Sprawa ta daje klinicznie ze strony pęcherza tesame objawy, jakie spotykamy przy przeroście sterczu; o przyczynie objawów rozstrzyga tylko badanie miejscowe gruczołu przez odbytnicę, raz znajdujemy przerost, innym razem zanik. Dotąd leczono tę sprawę zwykle zachowawczo. Dopiero Barth pierwszy zaproponował wycięcie pomniejszonego sterczu, na postawie szczęśliwie przez siebie operowanych i wyleczonych przypadków. P. opisuje z kliniki Wilmsa 4 przypadki wycięcia sterczu z powodu jego zaniku, wszystkie uleczone. Chory opuszczali klinikę bez dolegliwości i zdołali całkowicie opróżniać pęcherz. Pisarski.

Maly. **Przypadek niezwykłego ukształtowania się kamienia na ciele obcem w pęcherzu.** (Zeitschr. f. gynak. Urologie. T. IV. Nr 2). Na wprowadzonej do pęcherza moczowego podwójnej szpilce do włosów wytworzył się u 22-letniej dziewczyny szereg kamieni w postaci różańca; poszczególne kamienie miały wielkość orzecha laskowego, a było ich na tej szpilce 7. Usunięto je przez cięcie nadłonowe. To szczególne ukształtowanie się kamieni stara się autor wytłumaczyć zajęciem chorej jako szwaczki, która przez szycie na maszynie musi ustawicznie wykonywać ruchy nogami, udzielające się i narządom płciowym w miednicy. Pisarski.

Seuge. **Przyczynek do kazuistyki ciał obcych w pęcherzu kobiecym.** (Zeitschr. f. gynäk. Urolog. T. IV Nr 2). 15-letnia dziewczyna wprowadziła sobie do cewki moczowej podwójną szpilkę w celach samogwałtu. W 4 tygodnie potem znalazł autor stan następujący: obły koniec szpilki znajduje się w pęcherzu, jeden ostry koniec przebija ścianę pęcherza i jest wyczuwalny pod skórą lewej wielkiej wargi sromnej, drugi tkwi w błonie śluzowej cewki. Usunięto szpilkę pod kontrolą cystoskopii zwykłemi szczypczykami do usuwania ciał obcych z pęcherza. Pisarski.

Lewin. **Nowotwory pęcherza u robotników, zajętych w fabrykach aniliny.** (Zeitschr. f Urolog. T. VII. Z. 4). W r. 1895 ogłosił Rehn 3 przypadki nowotworów pęcherza moczowego u robotników z fabryki aniliny. Od tego czasu zwracano baczną uwagę na związek przyczynowy, zachodzący pomiędzy zajęciem robotników w fabrykach aniliny, a występowaniem nowotworów pęcherza i dotychczas znanych już jest kilkadziesiąt przypadków. Oddawna już przyjmowano, że bodźce chemiczne mogą odgrywać rolę w etyologii powstawania nowotworów, lecz na czem ta rola polega, dotychczas niewiadomo. Częstość występowania nowotworów w drogach moczowych u robotników z fabryki aniliny tłómaczą sobie w ten sposób, że związki aniliny bywają wydzielane przez narząd moczowy w takiem zgęszczeniu i w takiej postaci, że mogą na ten narząd wywierać wpływ drażniący. Doświadczalnie nie udało się tą drogą wywołać powstania nowotworu. Ze zbiorowej statystyki tych nowotworów okazuje się, że są to przeważnie nowotwory złośliwe, a wyniki operacyjne były przeważnie niekorzystne. Autor opisuje własny przypadek, gdzie u robotnika, zajętego przy wyrobie aniliny 25 lat, wystąpiły objawy nowotworu pęcherza. Guz usadowiony był na przedniej ścianie; ponieważ przy odsłonięciu pęcherza okazało się, iż cały system gruczołów chłonnych wzdłuż naczyń biodrowych był przerzutami zajęty, zrezygnował autor z operacyi doszczętnej. Pisarski.

Blecher i Martina. **Przypadek złośliwego nowotworu pęcherza o budowie nabłoniaka kosmkowego.** (Zeitschr. f. Urolog. T. VII. T. 4). Autorowie opisują nowotwór na przedniej ścianie pęcherza, wielkości kasztana, u 21-letniego mężczyzny, który to nowotwór klinicznie objawiał się krwawieniem. Nowotwór usunięto operacyjnie, przyczem okazało się, że był on usadowiony w warstwie podśluzowej i przerastał w otoczenie. Mikroskopowo był on najwięcej zbliżony do t. zw. nabłoniaka kosmówki (chorionepithelioma). Po roku wykonano u chorego cystoskopię i przekonano się, że nawrotu nie było. Pisarski.

Laryngologia i otyatrya.

Linck: **Środki lecznicze, używane w zachowawczem leczeniu ucha, ich wskazania i sposób użycia.** (Med. Klinik. 1913. Nr 7). Do zachowawczego leczenia chorób ucha podano całe mnóstwo środków, z których jednak tylko niewiele bywa stale w praktyce używanych i te właśnie autor podaje. Są to najczęściej płyny, które stosuje się albo na waciku, pasku gazy wyjałowionej, albo wkrapla się, ogrzawszy je wprzód, by uniknąć podrażnienia ucha środkowego zimnym płynem, albo przepłukuje się niemi ucho zapomocą balonika lub strzykawki. Płyny te dzielą się na przeciwgnilne, ściągające i żrące, i znieczulające.

Do najbardziej używanych środków przeciwgnilnych należą: a) Woda utleniona, która przez wywiązywanie tlenu »in statu nascendi« po zetknięciu się z ropą działa przeciwgnilnie, a przytem musując oczyszcza i porywa ze sobą cząstki ropy, złuszczone nabłonki i masy śluzu ku powierzchni. Wskazane jest jej stosowanie w przewlekłych i podostrych ropieniach ucha środkowego przy większym, drożnym zupełnie otworze w błonie bębenkowej. b) Rezorcyna w wodnym 3—5% rozczynie znajduje bardzo szerokie zastosowanie. Działa oczyszczająco i lekko odkażająco, a przytem susząco i gojąco. Ma więc zastosowanie tak przy ostrych, jak i przewlekłych sprawach ropnych w uchu środkowem, dalej po operacyi doszczętnej, jakoteż w uporczywych przypadkach chorób ucha zewnętrznego. Po poprze-

dniem wyczyszczeniu wacikiem wkrapla się środek ten obficie, wciskając płatek uszny kilkakrotnie w głąb, by płyn dobrze w uchu rozdzielić. Rezorcyna nadaje się dobrze do oddania w ręce samego chorego w przypadkach, gdzie chory pomocy lekarskiej stale lub częściej użyć nie może. Rezorcyna może być też używana do wstępnego oczyszczenia ucha przed badaniem. c) Alkohol 30—50%; używa się go do zakraplań przy przewlekłych sprawach ropnych. Środka tego używa się zrazu w słabszem, potem w większem zgęszczeniu, zostawia się wewnątrz przez 5—10 minut; ma on działanie odkażające i silnie ściągające tkanki, dla tej też własności używa się go w przypadkach przewlekłego ropienia, połączonego z tworzeniem się ziarniny, którą po wypaleniu lub zeskrobaniu dobrze następowo traktować alkoholem. Przeciwwskazane jest stosowanie alkoholu w ostrych sprawach zapalnych ucha środkowego, a to z powodu jego wpływu drażniącego. d) Formalinę (40% formaldehyd) w silnem rozcieńczeniu: 10—15 kropel na litr przegotowanej wody stosuje się przy przewlekłych ropieniach ucha, jako środek odkażający, odwaniający i zmniejszający wydzielinę. Używa się w postaci codziennych przepłukiwań, które wykonywać może sam chory.

Pośród środków ściągających i żrących pierwsze miejsce zajmuje a) azotan srebra w 5—10% rozczynie. Używany on bywa zarówno w ostrym okresie zapalenia ucha środkowego, jak w przewlekłym, w ostrym jednak dopiero od 3. lub 4. tygodnia trwania. Azotan srebra, stosowany na waciku, nie działa żrąco, bolów nie sprawia, a działa bardzo dobrze przeciwzapalnie i zmniejsza wydzielinę. Stosuje się go w 2—3-dniowych przerwach, przy braku powikłań w sąsiedztwie ucha środkowego. W stanach przewlekłych używa się azotanu srebra zarówno na waciku, jak w postaci wkraplań. Po jednej do dwu minutach należy azotan srebra spłukać rozczynem soli kuchennej. Stosują go chętnie przy obecności ziarniny, jeżeli niema powikłań ze strony sąsiedztwa, również w kilkudniowych przerwach. Także sączące wypryski w przewodzie zewnętrznym i na małżowinie są wskazaniem dla azotanu srebra. b) Kwas trójchlorooctowy w 10% rozczynie ma wskazania podobne, jak azotan srebra; stosowany bywa tylko w stanach przewlekłych. Działa silniej ściągająco i żrąco.

Ze środków znieczulających stosuje się zwykle kokainę w 10—20% rozczynie na waciku, a bardzo ostrożnie (z obawy zatrucia) w postaci wkraplań i karbolglycerynę w 10% rozczynie.

Obok płynów używane są wdmuchiwania proszków zapomocą stosownego balonika, po zupełnem oczyszczeniu i wysuszeniu ucha. Proszki powinno się stosować w małej tylko ilości, nie powinny one tworzyć grudek. Z nich najbardziej używany jest kwas borowy w ostrem zapaleniu ucha środkowego, ale w okresie końcowym, gdzie wydzielina ciągła śluzowo-ropna, nie pozwala się zabliźnić otworowi w błonie bębenkowej. Obok tego stosuje się też izoform, dermatol i sozojodolnatrium. Mondschein.

Prof. Scherer i doc. Kutvirt: **O związku zapaleń ucha środkowego z chorobami wieku dziecięcego.** (Časopis lékařův českých. 1913, Nr 13—16). Poglądy i spostrzeżenia swoje streszczają autorowie w następujących zdaniach: Po stanach dyspeptycznych stwierdzili zajęcie ucha środkowego u 18·6%; w przebiegu pleśniawek, wywołujących również stany dyspeptyczne, u 4·8%. W przebiegu zmian w narządzie oddechowym: rhinitis 7·9%, pharyngitis 12·2%, angina 25%, bronchitis 9%, pneumonia 7%. Znacznie łatwiej rozwinie się zapalenie ucha środkowego wszędzie tam, gdzie pewną rolę odgrywa czynnik mechaniczny (kichanie, kaszel, wymioty); tam bowiem łatwiej dostanie się zakaźny materyał do trąbki Eustachiusza. Jednakże ten mechaniczny czynnik wiedzie częściej do nieżytowych zapaleń ucha; ropne rozwijają się raczej przy zapaleniach oskrzeli i płuc, gdzie działają zarazki jadowitsze. W przebiegu chorób ogólnych stwierdzili autorzy zajęcie ucha środkowego: w kile 22%, gruźlicy 30%, krzywicy 0·8%. Wreszcie zwracają autorowie uwagę na fakt, że wszystkie przez nich spostrzegane dzieci z napadami drgawek były dotknięte ropnem zapaleniem ucha środkowego, co tłomaczyć można tem, że albo drgawki są następstwem podrażnienia opon, albo drgawki i objawy zapalenia ucha środkowego są równorzędnymi objawami zatrucia z przewodu pokarmowego w przypadkach ciężkich dyspepsyi. Zapalenie ucha środkowego wywiera ujemny wpływ na ogólny stan dziecka (strata na wadze), który się widocznie poprawia dopiero po wyleczeniu sprawy, toczącej się w uchu środkowem. M.

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

Gruczoł tarczowy w krwawiączce radzi podawać Bauer, opierając się na spostrzeżeniu, że w chorobach gruczołu tarczowego i w chorobie Basedowa krzepliwość krwi jest zmniejszona; w jednym przypadku krwawiączki uzyskał B. przez podawanie tarczycy dobre wyniki. (XXX. Zjazd intern. w Wiesbaden). K.

W chorobie Basedowa osiągnął Mannaberg w kilku przypadkach wybitne polepszenie przez naświetlanie jajników promieniami Röntgena. Leczenie to jednak czasem może mieć wręcz przeciwny skutek. (Wiener klin. Woch. Nr 18). K.

Wstręt do potraw mięsnych uważa Sternberg w przypadkach podejrzanych co do raka za bardzo ważną wskazówkę rozpoznawczą i złą oznakę w rokowaniu. (Prag. med. Woch. Nr 9). K.

Codeonal (mieszanina codein. diaethylbarbitur. i natr. diaethylbarbitur.) jest lekiem nasennym i kojącym, działającym według prof. Rabowa także w tych przypadkach, gdzie przyczyną bezsenności były bole, kaszel lub duszność. (Chemiker-Zeitung 1913, 46). Kn.

Sprawę dyety w zdrojowiskach omawiano na 34. Zjeździe balneologów w Berlinie. Nierzadko zdarza się, że chory, który w domu zachowywał pewną przepisaną dyetę, przyjeżdża do zdrojowiska i tu nie może się w zakładach lub, co częściej, pensyonatach o nią doprosić, bo nikt po prostu o tych dyetach nie wie, a lekarz nie ma w sezonie czasu na pouczanie w kuchni. Dlatego też uchwalono energicznie zająć się tą sprawą przez urządzanie kursów dla lekarzy, właścicieli pensyonatów i zakładów i przez objaśnianie w gazetach zdrojowych; lekarze polecać powinni tylko te zdrojowiska, w których dba się fachowo o dyetetyczne odżywianie chorych. K.

Praktyczny przyrząd do chodzenia przy bezładzie i częściowem porażeniu podał Sachs. (Med Klinik, 1913, Nr 18). Składa się on z ramy na trzech kółkach, z których przedniem może chory kierować jak rowerem, kontrolując okiem wskazówkę na tarczy, czy idzie w żądanym kierunku. Prócz tego na ramie umieszczone są dwie podpórki pod pachy. Przy wiądzie rdzenia przyrząd ten oddaje bardzo dobre usługi (wyrabia firma Sachs, Charlottenburg).

Przeciwko zapobiegawczemu stosowaniu surowicy przeciwtężcowej podniosły się obecnie liczne głosy, a nawet twierdzą, że wstrzykiwania te mogą czasem wywołać zejścia śmiertelne. Jacobovici zwraca uwagę, że należy zachowywać pewne ostrożności i wtedy można bez obawy stosować to leczenie. I tak nie należy wstrzykiwać zbyt świeżej surowicy (musi mieć ona najmniej 2 miesiące). Dalej należy przechowywać surowicę w ciemności w ciepłocie 4—6° i szczelnie zamkniętą. Gdy obawiamy się anafilaksyi, należy najpierw dla próby wstrzyknąć 0·25—0·5 cm^3, a gdy chory dobrze to zniesie, dopiero pełną dawkę (10—40 cm^3). Wstrzykiwać należy w tkankę podskórną brzucha, bo wstrzy-

knięcie do żyły może mieć bardzo groźne następstwa. Miejscowo należy skrupulatnie rany oczyścić. (Spitalul, 1912, Nr 15). K.

Złamania poprzeczne mostka, na granicy trzonu i rękojeści, spostrzegał Bruno u trzech chorych; powstały one przez upadnięcie ciężaru na plecy przy nachyleniu się, przyczem w kręgosłupie nie wykazano żadnych uszkodzeń. (Zbt f. Chir. 1913, Nr 17). K.

Obecność prątków gruźliczych, a nawet i białka w moczu, zebranym z nerki, nie może być jeszcze wskazaniem do operacyi nerki, bo nieraz przy schorzeniu płuc, jak twierdzi Kielleuthner, prątki wydzielają się z moczem. Dopiero prócz białka i prątków, obecność ciałek ropnych i czerwonych przemawia za zmianami nerki i skłania do zabiegu operacyjnego. (Fol. urol XI. 1912). K.

Bromural zaleca Ulkan jako środek pomocniczy w praktyce dentystycznej, mianowicie u nerwowych i wrażliwych dzieci, u których w dawce 0·3 działa uspokajająco. (Deuts. zahnärztl. Woch. 1913. 15). Kn.

We wszawicy głowy zaleca Whitfield mycie włosów przez 10 minut karbolem (1:40). (Lancet 14. XII. 1912). K.

Maść pellidolową stosował prof. Bendix ze skutkiem nader pomyślnym w ciężkich przewlekłych wypryskach twarzy i głowy u dzieci. Wyleczenie następowało w 3 dni do 3 tygodni; najcięższe nawet przypadki pozostały przez 3 miesiące wolne od nawrotu. Maść, rozsmarowaną na kawałkach gazy, przykłada się na zajęte wypryskiem okolice i umocowuje opatrunkiem. U małych dzieci, dotkniętych skazą wysiękową, kładzie B. obok leczenia miejscowego nacisk na stosowną dyetę. K.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne z dn. 18. III. 1912 r.

1) Sławiński przedstawił 32-letniego mężczyznę, którego operował we wrześniu 1912 r. z powodu zapalenia kości i okostnej żuchwy: w znieczuleniu miejscowem poprowadził cięcie w fałdzie między wargą dolną a dziąsłem, poczem doszedł do jamy, wypełnionej ropą i ziarniną; ponieważ korzenie **5 dolnych przednich zębów** chwiały się, przeto **korzenie ich obciął, a korony zostawił.** Po tym zabiegu zęby wzmocniły się w swej obsadzie, oprócz jednego siekacza. W styczniu r. b. S. zmuszony był wykonać łyżeczkowanie w okolicy owego siekacza, przyczem ząb wypadł. S. włożył go z powrotem i ząb wgoił się w swem łożysku. S. przedstawia 3 rentgenogramy zębów.

2) Grudziński. **Zwapnienia i złogi ze stanowiska rentgenologii** (z przekazem przeźroczy). Przedmiotem odczytu były złogi w szerokiem słowa tego znaczeniu, to jest zarówno złogi w płynach ustroju, czyli t. zw. kamienie moczowe, wątrobowe i inne, jak i złogi tkankowe, a z nich przedewszystkiem złogi wapienne czyli zwapnienia, jako najwięcej podatne do badań rentgenowskich. Prelegent przedstawił stan współczesny rentgenodyagnostyki złogów oraz wyjaśnił jej rolę w rozpoznaniu, w leczeniu, a nawet patogenezie niektórych cierpień. Współczesny stan rentgenodyagnostyki można streścić w następujących zdaniach: a) Dla rozpoznania złogów moczowych ma zastosowanie jedynie rentgenografia, gdy rentgenoskopia jest nieużyteczną. b) Zdjęcia mają wartość tylko wtedy, gdy są zrobione podług ostatniego słowa techniki rentgenograficznej. c) Wszelkie wątpliwości rozstrzygać należy zapomocą t. zw. zdjęć kontrolujących w różnych projekcyach, różnemi lampkami, w rozmaitych odstępach czasu. d) Prawie każdy złóg w obecnym stanie techniki można stwierdzić rentgenograficznie; odsetka kamieni nierozpoznanych nie przekracza dzisiaj 2%. e) Wynik dodatni badania dowodzi obecności złogu, jeśli cień leży w miejscu właściwem, odpowiada swą postacią, wielkością i siłą, jeśli można wyłączyć wszelkie źródła omyłek, których jest przeszło 40 (rozmaite zwapnienia lub kamienie nie moczowe). f) Metoda rentgenologiczna nie wyłącza badania klinicznego, przeciwnie powinna z niem iść w parze. g) Podczas każdego badania kamieni moczowych uwzględniać cały narząd moczowy, t. j. obie nerki, oba moczowody i pęcherz. h) Rola rentgenodyagnosty w badaniu kamieni moczowych nie może być czysto mechaniczna; powinien on wespół z klinicystą brać udział czynny w określaniu rozpoznania.

O wiele niżej od rentgenodyagnostyki kamieni dróg moczowych stoi rentgenodyagnostyka kamieni wątrobowych. Na 100 kamieni zaledwie kilka tylko można stwierdzić zapomocą promieni x. Badanie złogów żółciowych wymaga wielkiej znajomości techniki rentgenowskiej, którą ciągle się ulepsza. Wielką pomocą w rozpoznaniu złogów żółciowych jest obecnie badanie rentgenowskie żołądka: w razie obecności kamieni żółciowych, udaje się zazwyczaj stwierdzić zrosty pęcherzyka żółciowego z odźwiernikiem.

Rozmaite spotykane w ustroju ludzkim złogi wapienne prelegent dzieli na 3 kategorye. Pierwszy dział stanowią zwapnienia, rozsiane w tkance łącznej całego ciała, których przyczyną powstania jest podług teoryi Schmidta i innych t. zw. skaza wapienna. Są to przypadki wogóle ciężkie, czasem śmiertelne, na szczęście rzadkie. Drugą kategoryę stanowi usposobienie do zwapnień, jakie od czasu do czasu spostrzegamy przy dokładnem oglądaniu rentgenogramów osób, badanych z powodu innych cierpień. Jestto jakby lekka postać tej samej skazy wapiennej. Wreszcie do trzeciej grupy prelegent zalicza zwapnienia miejscowe poszczególnych chorych narządów, czyli t. zw. zwapnienia dystroficzne. Prelegent zatrzymał się dłużej na zwapnieniu tętnic, którego rozpoznanie rentgenowskie ma nieraz znaczenie rozstrzygające w rozpoznawaniu takich cierpień, jak chromanie przerywane, następnie na zwapnieniu gruczołów chłonnych, woreczków śluzowych, ognisk gruźliczych lub ropnych, miękkich części okołostawowych wreszcie nowotworów. Z nowotworów na szczególną uwagę zasługują nowotwory mózgu, które jeśli nie wywołują ucisku na czaszkę, mogą być rozpoznawane jedynie wtedy, gdy ulegają zwapnieniu.

Posiedzenie z dnia 1. IV. 1913.

1) A. Puławski. **Okresowa puchlina stawów (hydrops articulorum intermittens).** P. przedstawił chorą, dotkniętą okresową puchliną stawów kolanowych. Chora niezamężna, licząca lat 28, pochodząca z rodziny zdrowej, przed 11 laty przechodziła jakąś sprawę w stawie napięstkowo-śródręcznym prawym. Wstrzykiwano jej zawiesinę jodoformową. Od tego czasu pozostała sztywność w dłoni i ograniczenie ruchów. Rentgenogram pokazuje, że sprawą dotknięte były wszystkie kosteczki napięstka i powierzchnie stawowe kości przylegających. W kilka miesięcy po ukończeniu sprawy powyższej zjawiła się puchlina kolana lewego, trwająca 2 miesiące. Od tego czasu puchlina zaczęła się zjawiać w okresach czasu, których chora bliżej określić nie potrafi. Przed 6 laty po przebyciu duru brzusznego chora zauważyła puchnięcie kolana prawego. Od tego czasu mniej więcej co tydzień puchnie to lewe, to prawe, to oba kolana razem (najczęściej). Puchlina trwa 2—3 dni, poczem stopniowo znika. Puchlina naogół nie jest znaczna; w tym okresie występują umiarkowane bóle, gorączki niema. Poza tem chora jest zdrową, tylko wątłą, trochę niedokrwistą osobą, ma nieznacznie powiększoną tarczycę. Prześwietlanie stawów kolanowych promieniami Röntgena żadnych zmian nie wykazuje. Badanie wysięku z kolana raz wykazało obecność dwoinek, których hodowla była bardzo nikła, drugi raz nic się wyhodować nie dało. W obu razach wstrzyknięcie wysięku śwince morskiej dało wynik ujemny. P. stosował tyreoidynę, która z początku zdawała się działać dobrze, potem była bezskuteczną. Następnie stosowano na-

kłucie i wypuszczanie płynu oraz autoseroterapię, kąpiele świetlne, galwanizacyę, arszenik, żelazo i brom. Obecnie wysięk w lewem kolanie prawie się nie zbiera, w prawem jest znacznie mniejszy, niż poprzednio, ale okresy wolne od wysięku są krótsze (2—3 dni).

Choroba ta jest rzadką: od czasu pierwszego jej opisu przez Perrina (1845) posiadamy w piśmiennictwie opis 67 podobnych przypadków, z tych jeden w polskiej literaturze (Bylicki 1874). Chorobie podlegają i mężczyźni i kobiety między 20—40 r. życia. Jako przyczynę autorzy najczęściej podają uraz i »zaziębienie«; dawniej podawano zimnicę, potem gościec przewlekły, rzadko wiewiór, najczęściej usposobienie nerwowe. Objawy bywały mniej więcej takie, jak w przypadku prelegenta, w wielu razach zauważono wybitne objawy nerwowe. Wysięk badano tylko 3 razy, z wynikiem ujemnym. Co do patogenezy, to część autorów zapatruje się na tę sprawę, jako na rodzaj gośćca przewlekłego, znaczna jednak większość uważa ją za nerwicę naczynioruchową i odżywczą. Rokowanie co do wyleczenia jest bardzo wątpliwe. Leczenie było bardzo różne, stosownie do poglądów panujących, salicylany i kąpiele były bez żadnego pożytku. Względnie najlepsze wyniki otrzymywano przez przekłucie, wstrzykiwanie jodoformu, przemywanie stawu, ale i te zabiegi nieraz zawodziły.

2) St. Kozłowski. **Nowa metoda oznaczania zasadowości krwi.** Dotychczasowe metody oznaczania zasadowości krwi, posługujące się miareczkowaniem, mają braki następujące: 1) nie usuwają z krwi dwutlenku węgla 2) posługują się lakmoidem jako wskaźnikiem i 3) używają do badania często zbyt małych ilości krwi. Sama obecność CO_2 we krwi badanej już wystarcza, by zakwestyonować wyniki takich badań; lakmoid zaś w obecności soli kwasu fosforowego, niewątpliwie istniejących we krwi, jest bardzo niepewny jako wskaźnik. Z inicyatywy prof. Bądzyńskiego we Lwowie i pod jego kierunkiem K. przystąpił do opracowania takiej metody miareczkowania krwi, którаby wyłączyła braki powyższe. K. proponuje postępowanie następujące: Dowolną, lecz ściśle odmierzoną ilość krwi wpuszcza się kroplami do kolbki Erlenmeyera, w której znajduje się ilość wyskoku, odpowiadająca 10-krotnej objętości krwi. Kolbę należy ciągle wstrząsać, aby tworzący się strąt krwi w wyskoku był o ile możności drobno-kłaczkowaty i nie zbijał się w duże kawałki. Po chwili dolewamy do kolbki taką samą ilość $^1/_{10}$ norm. kwasu octowego, ile wzięto krwi do badania. Wydziela się potrochu CO_2. Aby go usunąć, K. dolewa 50 c. sz. mieszaniny wyskoku i eteru (1 : 2) z dodatkiem 10—12 c. sz. wody przekroplonej na 100 c. sz. mieszanki wyskokowo-eterowej i zatyka szczelnie kolbę korkiem gumowym z dwoma otworami, przez które przeprowadza dwie rurki szklane: jedna z nich, cienka, dostaje prawie do dna kolbki, druga zaś tylko przechodzi ledwie przez korek, zupełnie nie dotykając płynu. Zewnętrzny koniec pierwszej rurki łączy z rurką, napełnioną wapnem sodowanem, a także koniec drugiej ze zwykłą pompką wodną, tak miarkując prąd wody, by powietrze (pozbawione CO_2) umiarkowanie szybko przechodziło przez zawartość kolbki. Zwykle 15—20 minut wystarcza do zupełnego usunięcia CO_2. Potem przystępuje K. do odwrotnego miareczkowania zawartości kolbki $^1/_{10}$ norm. ługiem sodowym. Ług należy dodawać kroplami do tej chwili, kiedy płyn ponad strątem krwi zabarwi się wyraźnie na kolor żółty. Gdy się to stało, K. odsącza płyn od strątu krwi, przemywa osad 3—4 razy letnią wodą przekroploną, a zupełnie pozbawioną (przez gotowanie) CO_2, dodaje 4—5 kropli 1% wyskokowego rozczynu fenolftaleiny i kończy tymże $^1/_{10}$ norm. ługiem rozpoczęte miareczkowanie. Różnica pomiędzy wziętą objętością kwasu octowego, a ilością zużytego ługu odpowiada całkowitej ilości zasad, znajdujących się we krwi badanej. Czas trwania 2 analiz wynosi $1^1/_2$ godziny. Dla uniknięcia poważnych trudności, nastręczających się przy dokładnem odmierzaniu branej do badania ilości krwi postępuje K. w sposób następujący. Należy przygotować uprzednio rozczyn fizyologiczny soli i na 100 c. sz. tego rozczynu rozpuścić 1,5 gr. obojętnego cytrynianu sodowego (już 2 c. sz tego rozczynu zatrzymują 6 c. sz. krwi w stanie płynnym przez kilka godzin, nie sprowadzając żadnych nawet morfologicznych zmian w ciałkach krwi). Do małego cylindra z podziałkami o objętości 5—10 c. sz. nalewamy n. p. 2 c. sz. powyższego obojętnego rozczynu i wpuszczamy doń kroplami n. p. 2 c. sz. krwi, otrzymanej po ukłuciu w palec badanego. Z cylindra zlewamy krew kroplami do kolbki z wyskokiem i starannie opłukujemy cylinder wodą przekroploną. Przed badaniem trzeba ewent. dokładnie zobojętnić w obecności fenolftaloiny wszystkie płyny, dodawane do badanej krwi (wyskok, eter, wodę przekroploną i roztwór cytrynianu sodowego w rozczynie fizyologicznym).

Tadeusz Borzęcki.

Towarzystwo lekarskie częstochowskie.

Posiedzenie z d. 20. IV. 1913.

I. Kol. Łokczewski: **Gościec stawowy gruźliczy.** Szczegółowe streszczenie dzieła A. Pincet i R. Leriche p. t. »Le rhumatisme tuberculeux«. Zakażenie gruźlicze może wywołać wszystkie postacie gośćca stawowego, jakkolwiek w żadnej z nich, z wyjątkiem niesłychanie rzadkiej gruźlicy prosówkowej stawowej, nie można wykryć swoistych cech gruźlicy, jako to prątków Kocha, gruzełków, komórek olbrzymich. Istotą sprawy jest pojęcie gruźlicy zapalnej (tuberculose inflammatoire), która wywołując zwykły odczyn zapalny w różnych tkankach i narządach ustroju, może być powodem całego szeregu spraw chorobowych. Sprawy te, jak np. zapalenia błon surowiczych, są równoważnikami gośćca stawowego. Podług statystyki autorów 20% osobników gruźliczych zapada na gościec stawowy. Referent opisuje szczegółowo wszystkie postacie gośćca gruźliczego ostrego i przewlekłego, podaje charakterystykę zmian anatomopatologicznych w każdej poszczególnej postaci, przechodzi wreszcie do rozpoznawania i leczenia tej sprawy.

Dyskusya: a) Kol. Edward Kohn sądzi, że wobec zupełnego podobieństwa objawów klinicznych gośćca gruźliczego i stawowego zwykłego, stwierdzenie gruźliczego charakteru gośćca nie może być oparte na ścisłej podstawie.

b) Kol. Biegański nie zgadza się z ogólną zasadą Ponceta, która różne sprawy chorobowe, występujące jednocześnie w ustroju, nakazuje uważać za wynik jednej wspólnej przyczyny. Współistnienie nie dowodzi wcale współzależności. Wobec wielkiego rozpowszechnienia gruźlicy, można z równą słusznością oprzeć na tej podstawie całą niemal patologię. Nie przecząc, że mogą zdarzać się przypadki zapalenia stawów na tle gruźlicy, kol. B. sądzi, że są one naogół znacznie rzadsze, niż podaje Poncet. Na podstawie własnej obserwacyi, kol. B. nie może dopatrzeć się związku między zapaleniem stawów zniekształcającem i gruźlicą.

c) Kol. Rozenfeld mówi, że porównanie gruźlicy z innemi chorobami zakaźnemi przemawia z góry na korzyść teoryi Ponceta. Źródłem nieporozumień mogą być tylko niektóre postacie gośćca, np. spondylitis ankylotica, uważane przez Ponceta za gruźlicze, oraz częstość zapalenia stawów u ludzi, dotkniętych gruźlicą. W celach rozpoznawczych cenne usługi oddać może próba tuberkulinowa. Wstrzykiwanie podskórne minimalnych dawek tuberkuliny, nie wywołując odczynu ogólnego, wywołuje często odczyn miejscowy w stawach zajętych (Bandelier i Roepke). W końcu opisuje kol. R. dwa przypadki z własnej praktyki, z których w jednym chora zaczęła gorączkować w Piszczanach i zmarła w 5 miesięcy po powrocie do Częstochowy na ostrą gruźlicę płuc, w drugim zaś kobieta starsza leczenie, rozpoczęte w Trenczynie, musiała zakończyć w sanatoryum Dra Dłuskiego.

d) Kol. Wasilewski, powołując się na pracę Sokołowskiego, mówi o częstem współistnieniu skazy dnawej i gruźlicy włóknistej. Niektóre cierpienia stawowe, uważane przez

Ponceta za gruźlicze, jak np. zapalenie małych stawów ręki, możemy z równą słusznością przypisać skazie dnawej.

e) Kol. Łokczewski odpowiada, że większa lub mniejsza częstość gośćca gruźliczego nie zmniejsza wartości poglądów Ponceta. Chodzi o zasadnicze rozstrzygnięcie pytania, czy toksyny gruźlicze mogą wytwarzać zapalenie stawów. Że tak jest w istocie, Poncet dowiódł przekonująco. Powtóre, kierując się wywiadami, nie można zbytnio ufać chorym. Chcąc wykryć gruźlicę, trzeba jej szukać.

Posiedzenie z d. 4. maja 1913.

I. Kol. Rozenfeld: **O znaczeniu oddechu pęcherzykowego osłabionego w szczytach płucnych w rozpoznawaniu gruźlicy.** (Rzecz będzie drukowana). Wnioski referenta: 1) Oddech osłabiony w szczycie prawym daje się spostrzegać u 20% ludzi zdrowych, zapewne wskutek poprzecznego kierunku oskrzela prawego górnego. 2) Oddech osłabiony nie może być uważany za najwcześniejszy objaw rozwijającej się gruźlicy (wyjątki nadzwyczaj rzadkie) 3) Oddech osłabiony jest najczęściej objawem gruźlicy ukrytej, łagodnej, wyleczonej (gruźlica pozorna, zrost opłucnej szczytowej, schorzenia gruczołów).

Dyskusya: a) Kol. Biegański zgadza się zasadniczo z wnioskiem referenta. Jakkolwiek w swoim podręczniku chorób zakaźnych kol. B. podawał, że oddech w szczycie prawym w warunkach prawidłowych jest często wzmocnionym, zaostrzonym, obecnie, dzięki osłuchiwaniu szczytów płucnych sposobem Granchera, przechyla się na stronę wywodów referenta. Co się tyczy rozpoznawania i rokowania w gruźlicy, kol. B. zwraca raczej uwagę na objawy ogólne kliniczne, niż na niepewne, często mało wyraźne objawy fizyczne.

b) Kol. Pasierbiński spostrzegał często osłabienie oddechu w szczytach płucnych u ludzi zupełnie zdrowych. Osłabiony oddech, słyszalny na całej przestrzeni obydwu płuc, może być następstwem nieumiejętności oddychania lub przyzwyczajenia. Możnaby temu zapobiegać drogą odpowiednich ćwiczeń gimnastycznych. W końcu kol. P. zgadza się z opinią referenta, że dzięki rozwojowi metod laboratoryjnych lekarze coraz mniej doskonalą się w sztuce badania chorych.

c) Kol. Szaniawski zwraca uwagę na wielką przymieszkę pierwiastków podmiotowych w badaniach fizycznych.

d) Kol. Wasilewski mówi o skrytych postaciach gruźlicy, przebiegających bez żadnych objawów fizycznych.

e) Kol. Stefan Kohn mówi o upośledzeniu czynności oddechowej u kobiet ciężarnych.

II. Kol. Szaniawski. **Wartość rozpoznawcza objawu zastoinowego Rumpel Leedé w płonicy.** W roku 1907 Hecht, a następnie Rumpel i Leedé spostrzegli, że ucisk skóry przy płonicy, trwający kilkanaście sekund, wywołuje wybroczyny, czasami nawet sińce. Hecht uciskał w tym celu palcami fałd skóry na piersiach lub plecach chorych, Rumpel i Leedé posługiwali się taśmą zastoinową lub mankietem sfigmomanometru Riva-Rocci. Zdaniem tych autorów tworzenie się wybroczyn jest stałym, znamiennym objawem płonicy. Chcąc przekonać się o wartości rozpoznawczej tego objawu, poddał prelegent badaniu 17 chorych, dotkniętych płonicą. W dwóch przypadkach rozpoznanie nie było pewne. Objaw Hechta wystąpił w 11 przypadkach, Rumpel-Leedé w 13. U jednego dziecka wybroczyny pokazały się dopiero po upływie 1/2 godziny. Na zasadzie powyższego dochodzi prelegent do wniosku, że ten sposób badania jest przedewszystkiem niepraktycznym, zmusza bowiem lekarza do dłuższego wyczekiwania, a powtóre nie daje wyników bezwzględnie pewnych. Brak objawu Rumpel Leede nie pozwala wyłączyć płonicy.

Dyskusya: a) Kol Wasilewski w trzech typowych przypadkach płonicy, po związaniu chusteczką ramienia, nie zauważył ani razu wybroczyn. Opisywano występowanie ich w najrozmaitszych stanach chorobowych. Dlatego, zdaniem kol. W., objaw Rumpel-Leedé nie posiada żadnej wartości w rozpoznawaniu płonicy. b) Kol. Rozenfeld zaznacza, że przy badaniu ciśnienia krwi przyrządem Riva-Rocci spostrzegał niejednokrotnie wybroczyny u ludzi zupełnie zdrowych. W końcu kol. R. streszcza nowsze badania urologiczne i hematologiczne, mające na celu odróżnić płonicę od wysypek do niej podobnych. Karol Rozenfeld.

Wydział lekarski Towarzystwa przyjaciół nauk w Poznaniu.

Zebranie z dnia 25. VI. 1912

Na wstępie przewodniczący kol. Dr Łazarewicz odczytuje piękne podziękowanie Dra Baranowskiego za życzenia, przesłane mu ze strony Wydziału.

1) Kol. Dr Wierzejewski i koleżanka Dr Żniniewiczówna przedstawiają **rentgenogram mięsaka limfatycznego śródpiersia.** Z objawów klinicznych stwierdzono tylko grubość szyi, rozszerzenie żył szyjnych, oddech przytłumiony. Wassermann +. Po jodku potasu poprawa.

2) Kol. Dr Żniniewiczówna przedstawia 18-letniego chłopca z wrodzonem **porażeniem spastycznem.** W prawej nodze drgawki, zanik jednostronny, chwilowe tracenie przytomności i wrażenia wzrokowe.

3) Kol. Dr Stanisław Szuman przedstawia dziecko **z lewostronnem porażeniem** (po wypadnięciu z kołyski); przytem prawostronne porażenie nerwu podjęzykowego. Badanie dna oka dało wynik ujemny. Prawdopodobnie chodzi tu o porażenie opuszkowe.

4) Kol. Dr Skoczyński przedstawia chorą **z postępowem porażeniem opuszkowem.** Prelegent widział chorą przed 4 laty z objawami opadnięcia powieki. Nakłucie lędźwiowe nie wykazało objawów kiłowych, chora jednak przeszła dość liczne wcierania rtęci. Obecnie zgłosiła się chora poraz drugi z nowemi zmianami: trudnością połykania, zmienioną mową, wymawianiem dysartrycznem, zanikiem żwaczy i porażeniem podniebienia. Na razie brak objawów stwardnienia bocznego rdzenia z zanikiem mięśni, które się nieraz przyłącza do tej sprawy. Odczyn zwyrodnienia przy porażeniach ośrodkowych nieraz trudno stwierdzić. Rokowanie bardzo niepomyślne, sposobów leczenia nie ma.

W dyskusyi a) kol. Dr Meissner pokazuje analogiczny rentgenogram nowotworu śródpiersia. Objawy zastoju, prawa strona twarzy nabrzękła naprzód, potem lewa, oraz prawe ramię. b) Kol. Dr Wierzejewski co do drugiego z przedstawionych przypadków wyraża zdziwienie, że padaczka tak późno się objawiła. W połowie przypadków tych porażeń padaczka przyłącza się w 2—3 lat. c) Kol. Dr Szuman: W literaturze opisano przypadki tak późnych padaczek. Czasami może nastąpić zupełne otępienie umysłowe. d) Kol. Dr Skoczyński: Co do przypadku kol. Szumana wnosi, że, ponieważ zajęty był nerw podjęzykowy, ognisko musiało leżeć bardzo daleko w tyle, może w obrębie mostu. e) Kol. Dr Szuman zaznacza, że według opowiadań matki, dziecko aż do upadku zupełnie było zdrowe. W przypadku kol. Skoczyńskiego uderza powolny przebieg, który jest rzadki, do czego dodaje f) kol. Skoczyński, że i wiek chorego jest niezwykły (34 l.); zazwyczaj porażenie opuszkowe zdarza się po 40. roku życia.

5) Dr Gantkowski: **Z dziedziny partactwa leczniczego.** Należy odróżniać 1) partactwo istotnymi środkami leczniczymi; 2) nie lekami. Lekarze nie powinni zapisywać takich środków, jak: hematogen Hommla, sirolina, sanatogen, które są wskutek ogromnej reklamy bardzo drogie, a bez większej wartości. Partactwo nie upada, przeciwnie rozszerza się coraz bardziej, a to trzema drogami: 1) homeopatya, 2) przyrodolecznictwo, 3) wodolecznictwo. Mówca przytacza cały szereg reklamowanych leków, jak: amol, kola-dulz, biomalz, radio, vitalito, visnervin, renescin, które wszystkie są bezczelnym wyzyskiem

łatwowiernej publiczności. Na bałamucenie kół inteligencyi przeznaczone są manipulacye np. takiego »Sanatoryum Silvane« w Genewie. Także rad w ostatnich czasach użyto do celów wyzyskiwania, korzystając z tego, że szersze warstwy coś niecoś usłyszały o działalności radu. Najenergiczniej przeciw partactwu występuje Austrya. W królestwie pruskiem w tej dziedzinie panuje wielka swoboda.

W dyskusyi a) kol. Dr Szuman przypisuje powodzenie partactwa z jednej strony temu, że nieuleczalni chwytają się właśnie tajemniczych środków, a z drugiej strony działa tu głupota i sugestywność nawet inteligentnej publiczności. — b) Kol. Dr Jezierski zauważa, że hematogen sam przez się nie jest zły, ale za drogi. (Wynalazca zarobił 20 milionów marek). — c) Kol. Dr Skoczyński wyraża oburzenie, że pisma polskie, jak »Kurjer poznański«, umieszczają długie reklamy renescyny, jako artykuły redakcyjne. — d) Kol. Dr Karwowski zaznacza, że i »Dziennik poznański« nie chciał umieścić artykułu radcy Chłapowskiego przeciw partactwu, ponieważ gazety nie chcą zrezygnować z dochodów płynących z takiej reklamy; — e) Kol. Dr Szuman i Dr Chachamowicz występują także ostro przeciw tego rodzaju traktowaniu sprawy przez prasę. Prasa chce być mentorem i przywódzcą społeczeństwa, a gdzie chodzi o jej korzyści, tam te względy upadają. — f) Kol. Dr Kapuściński podnosi, że i z kliniki Noordena wychodzą reklamy mało wartościowych środków. — g) Kol. Dr Wierzejewski zwraca się przeciw warsztatom ortopedycznym, które bez dozoru i przepisu lekarza robią gorsety i t. p. — h) Kol. Dr Jezierski: Wydział Zjazdu internistów w Wiesbadenie postanowił zbadać środki reklamowane, Lipski Związek lekarzy zajął się także tą sprawą. — i) Kol. Dr Święcicki radzi wykład kol. Gantkowskiego wydrukować w »Przewodniku katolickim« i rozesłać go. Co do Noordena, to istotnie chodzą pogłoski, że ma on mieć stosunki z fabrykantami. W Berlinie His jest wspólnikiem fabryki chemicznej. W Rosyi istnieje prawo, że nie wolno leczyć inaczej, jak mając dyplom urzędowy, ale drugie prawo pozwala leczyć i bez dyplomu, z miłości bliźniego. Z tego korzystają partacze i każą sobie płacić drogo za rzekome leki.

Na wniosek kol. Karwowskiego uchwalono zwrócić się do Towarzystwa dziennikarzy i literatów na Rzeszę niemiecką, by zajęło stanowcze stanowisko w sprawie reklamowania środków partackich przez prasę.

Dr Adam Karwowski.

---

†

Dr Józef Czajkowski.

(Wspomnienie pozgonne).

26. maja b. r. odbył się w Sosnowcu pogrzeb doktora medycyny Józefa Czajkowskiego, prezesa Towarzystwa lekarskiego Zagłębia Dąbrowskiego, zmarłego w Krakowie dnia 22. maja 1913 roku. Na miejsce wiecznego spoczynku odprowadził wybitnego lekarza, powszechnie poważanego i lubianego człowieka wielotysięczny tłum przy udziale bardzo licznych delegacyi z wieńcami od rozmaitych instytucyi lekarskich i społecznych. Z ciał lekarskich reprezentowane były Towarzystwo lekarskie Zagłębia Dąbrowskiego in gremio, delegacya Częstochowskiego Towarzystwa lekarskiego, którego zmarły był członkiem honorowym, delegacya Stowarzyszenia lekarzy polskich w Częstochowie, dwaj lekarze Polacy z Katowic, tak, że ogółem około 50 lekarzy znalazło się w kondukcie pogrzebowym.

Nad grobem w imieniu Towarzystwa lekarskiego przemawiał kol. J. Dehnel, z którego mowy pozwalam sobie przytoczyć ustępy, dotyczące życiorysu i charakteryzujące działalność zmarłego.

S. p. Józef Czajkowski urodził się w r. 1856, szkoły ukończył w Łomży, Wydział lekarski w Akademii medyko-chirurgicznej w Petersburgu w r. 1883; służył czas pewien, jako lekarz wojskowy, a w roku 1889 uzyskał stopień doktora medycyny w Charkowie. W tym samym roku objął posadę lekarza powiatowego w Iłży. W r. 1890 przybywa do Sosnowca, gdzie obejmuje posadę naczelnego lekarza w szpitalu Towarzystwa Sosnowieckiego. Tutaj odrazu wypadło mu zwalczyć wiele trudności, połączonych z brakiem odpowiednich urządzeń w szpitalu, który ledwo na to miano zasługiwał. Dzięki jednak staranności, cierpliwości i poświęceniu się z zapałem chirurgii szpital pod kierunkiem Dr Czajkowskiego coraz więcej zyskiwał uznania i wkrótce Towarzystwo Sosnowieckie odnowiło, a właściwie wybudowało nowy szpital według wskazówek Dr Czajkowskiego, pierwszy wzorowo urządzony w Zagłębiu. Rozgłos dokonywanych w szpitalu zabiegów, takt, wrodzona dobroć i oceniana należycie przez pacyentów sumienna praca kierownika szpitala przezwyciężyły istniejące wówczas uprzedzenia i niechęć ludu roboczego do szukania pomocy w szpitalu. Nie poprzestał jednak Dr Czajkowski na sukcesach, jakie odniósł, jako kierownik szpitala i renomowany chirurg, jakkolwiek, zdobywszy dużą praktykę, mógł spocząć na laurach i dalej się wyłącznie specyalności chirurga oddawać. Tliła w nim zawsze iskra Prometeuszowa, której nie znajdzie w umysłach powszednich, stawiających zawsze tylko własny interes i dobrobyt na pierwszym planie.

I oto, w warunkach najniedogodniejszych, stwarza Czajkowski kosztem ciężko przez siebie zarobionego grosza pracownię, której poświęca cały zapas energii, cały czas, pozostający po pracy, przeznaczony do wypoczynku, odmawia sobie wszystkiego, aby wykonać pracę o tytanicznych wprost rozmiarach.

Zapoznawszy się z bakteryologią jeszcze w Charkowie pod kierunkiem Wysokowicza, nie porzuca tych badań w szpitalu, śledzi za postępem tej nauki, dokonywa z wielkim nakładem pracy odpowiednich prób i w końcu otrzymuje »surowice sztuczne«, jak je nazywa, przeciwko rozmaitym chorobom zakaźnym. Ogrom pracy, jaki ś. p. Czajkowski włożył w te badania, przesiadywanie w dusznem i ciasnem laboratoryum, poświęcenie całego, przeznaczonego na wypoczynek czasu na te mozolne zajęcia, wstrząśnienia moralne w miarę dodatnich lub zawodnych wyników uciążliwych doświadczeń, ciągłe napięcie nerwów — wszystkie te wpływy podkopały jego zdrowie, praca nadmierna przecięła przedwcześnie nić jego żywota.

Poza pracą zawodową odczuwał Józef Czajkowski głęboko potrzebę pracy społecznej; brał też żywy udział w różnych przedsięwzięciach i instytucyach społecznych, był jednym z inicyatorów szkoły polskiej, prezesem Domu ludowego, członkiem Towarzystwa miłośników sztuki polskiej; wszystkie potrzeby i niedolę ludzką żywo odczuwał w zacnem swem sercu.

Przemówienie swoje zakończył kol. Dehnel, oceniając należycie w zmarłym zacnego, poczciwego, szlachetnego, wyrozumiałego na ludzkie ułomności, wrażliwego na piękno i głęboko swój kraj miłującego człowieka, pożegnaniem w imieniu Towarzystwa, stawiając ś. p. Czajkowskiego za wzór godny naśladowania.

Oto spis prac ś. p. Czajkowskiego według referatu kol. J. Putermana, przedstawiającego w porządku chronologicznym rozwój działalności naukowej zmarłego, jej kierunek i dążenia: 1) Przyczynek do etyologii samoistnego ostrego nieżytu gardzieli (angina catarrhalis acuta idiopathica). 1888 r. — 2) Drobnoustroje narządów oddechowych człowieka (Mikroorganizmy organow dychanja czełowieka i ich znaczenje w etjołogii niekotorych zabolewanij etich organów). Dyssertacya doktorska. — 3) O niektórych powikłaniach ostrego samoistnego nieżytu gardzieli i ich stosunku do tegoż cierpienia. 1891. — 4) Kilka uwag z powodu t. zw. gorączki gruczołowej. 1894. — 5) Zapalenie płuc komórkowe pod względem klinicznym, etyologicznym i anatomicznym (Zellige Pneumonien — Finklera). 1895. — 6) O drobnoustrojach we krwi i wydzielinie śluzowej nosa chorych na odrę. 1892. — 7) O drobnoustrojach we krwi chorych na płonicę. Przyczynek do etyologii płonicy. 1895. — 8) O zarazku raka. — 9) Hutnictwo. — 10) Zatrucie cynkowe 1893. — 11) Przyczynek do rozpoznawania ogniskowych cierpień mózgu. 1898. — 12) Przypadek garbu lędźwiowego, leczonego metodą Calota. 1898. — 13) O patogenezie głębokich ropni przedniej ściany brzucha. 1900. — 14) O wyborze metody operacyjnej i wskazanie do leczenia doszczętnego przepuklin pachwinowych wolnych. 1901. — 15) O sztucznem otrzymywaniu antytoksyn. 1906. — 16) Stan obecny i przyszłość seroterapii. — 17) O sztucznym sposobie otrzymywania surowic leczniczych. Akad. Um. w Krakowie. 1906. — 18) O leczeniu swoistem reumatyzmu, oraz kilka uwag o etyologii tego cierpienia. 1912. — 19) W sprawie swoistego leczenia ospy. 1912.

Oprócz powyższych prac, ogłoszonych drukiem, wygłasza Czajkowski cały szereg odczytów, referatów, na posiedzeniach Towarzystw lekarskich i na zjazdach, bierze wogóle bardzo żywy udział w Towarzystwach lekarskich, z początku Częstochowskiem, a następnie Zagłębia Dąbrowskiego.

Z odczytów tych na szczególne uwzględnienie zasługują: »O statyczno-mechanicznych zasadach oceny uszkodzeń kośćca«, wygłoszony w r. 1903 i »Medycyna przyszłości i stanowisko w niej lekarza« w r. 1912. S. Weinzieher.

Międzynarodowy Zjazd lekarski w Londynie.

Otrzymujemy następujące pismo:

»Polski Komitet stały dla międzynarodowych zjazdów lekarskich otrzymał od Komitetu organizującego XVII międzynarodowy Kongres lekarski w Londynie okólniki, zawierające szczegóły, dotyczące programu Zjazdu, uroczystości, adresów biur, ułatwień podróży, wycieczek, a zarazem karty zgłoszeń itd.

Koledzy, którzyby sobie życzyli tych okólników, zechcą zgłosić się po nie do Biura polskiego Komitetu, Kraków, Wolska 15. Prof. Dr Wicherkiewicz«.

Polskie Biuro międzynarodowego Związku prasy lekarskiej ogłasza, że przedstawicielem Biura na Zjeździe prasy lekarskiej w Londynie będzie Dr Kucharzewski z Warszawy i że poszczególne pisma mieć będą następujących przedstawicieli: Prof. Kryński, Dr Karwacki, Bączkiewicz, Szumlański i Starkiewicz (Gazeta lekarska), Dr Bursche, Srebrny i Lubliner (Medycyna i Kronika lekarska), doc. W. Nowicki i prym. Pisek (Tygodnik lekarski), r. dw. prof. Dr Wicherkiewicz (Postęp okulistyczny), Dr August Kwaśnicki (Przegląd lekarski i Rocznik lekarski).

Konkurs »Przeglądu lekarskiego«.

Redakcya »Przeglądu lekarskiego« przeznacza w r. b. 200 kor. na nagrody konkursowe. Kwota ta może być podzielona na dwie nagrody.

Podobnie, jak w roku zeszłym, nagrodzone będą najlepsze sprawozdania poglądowe, wydrukowane w »Przeglądzie lekarskim« w ciągu roku 1913. Przedmiot sprawozdań dowolny; rękopisy przesyłać należy wprost do Redakcyi »Przeglądu lekarskiego«.

Wiadomości bieżące.

Towarzystwo lekarzy galicyjskich powiadamia kolegów, że sezon kąpielowy w Morszynie koło Stryja rozpoczął się z dniem 5. VI. Zakład prowadzi Dr Andrzej Pohorecki. W zakładzie jest 24 pokojów, urządzonych wygodnie. (Cena mieszkania wraz z utrzymaniem wynosi 7 kor. 60 h.). Łazienki odnowiono, sprowadzono nowe wanny. Skuteczność i skład morszyńskich kąpieli solankowych, gazowych i borowinowych są powszechnie znane. W miejscu zbudowano także dwa większe hotele i wiele mieszkań prywatnych. Zdrojowisko jest własnością Towarzystwa, a dochody z niego są przeznaczone na wsparcie wdów i sierót po lekarzach.

Wiekopomne dzieło Sniadeckiego »Teorya jestestw organicznych« jest do nabycia po nader zniżonej cenie 2 kor. 50 h. za egzemplarz w Administracyi »Przeglądu lekarskiego«. Cały dochód z rozprzedaży przeznaczony został na cele użyteczności publicznej.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 18. VI. b. r. posiedzenie, na którem prezes poświęcił gorące słowa wspomnienia ś. p. Prof. Pareńskiemu, którego pamięć uczcili obecni przez powstanie z miejsc. Następnie zawiadomił prezes, że zamiast wieńca na trumnę przeznacza Towarzystwo 100 kor. na fundusz wdów i sierot po lekarzach, poczem na znak żałoby zamknął posiedzenie.

— Pogrzeb ś. p. Prof. Pareńskiego odbył się 19. VI. przy udziale wielotysięcznego tłumu. Obok przedstawicieli władz i korporacyi uczestniczyły w pogrzebie deputacye wszystkich Towarzystw filantropijnych, dla których Zmarły pracował. Ze Lwowa przybyli umyślnie na pogrzeb szef dep. Dr Bernadzikowski jako delegat Wydziału krajowego i Prof. Dr Sieradzki jako delegat Wydziału lekarskiego i Towarzystwa lekarskiego. Nad trumną przemawiali: od Uniwersytetu Jagiellońskiego rektor Prof. Zoll, od Wydziałów lekarskich obu Wszechnic i od wszystkich Towarzystw lekarskich w kraju Prof. Nowak, od Rady miasta poseł Prof. Bandrowski, od Kolegów szpitalnych dyrektor szpitala Dr Krzyszkowski, od Polskiego Towarzystwa balneologicznego Dr Frączkiewicz.

— Prof. Dr Kazimierz Kostanecki wybrany został rektorem Uniwersytetu Jagiellońskiego na r. 1913/1914.

— Polskie Towarzystwo balneologiczne rozesłało okólnik do wszystkich lekarzy w Galicyi pod tytułem: »Pamiętajmy o polskich zdrojowiskach i uzdrowiskach«. Okólnik ten zawiera alfabetyczny spis wszystkich zdrojowisk polskich na całym obszarze ziem dawnej Polski z najważniejszemi objaśnieniami co do składu wód, położenia geograficznego, położenia nad poziomem morza, frekwencyi i t. d., a ilustrowany jest »Mapą zdrojowisk polskich«, opracowaną przez Dra J. Zanietowskiego.

— Na zasadzie korzystnych doświadczeń, zebranych z prowadzenia w Zakładzie Kulparkowskim centralnej rzeźni i masarni, postanowił Wydział krajowy także w Zakładzie Kobierzyńskim zbudować wielką rzeźnię, którąby zaopatrywała w mięso i wyroby masarskie nietylko sam Zakład, ale także szpital krajowy w Krakowie i kilka poblizkich szpitali prowincyonalnych. W podobnym celu ma stanąć w Kobierzynie centralna fabryka makaronu, która zaoszczędzi rocznie 12.000 koron z kwoty 40.000, wydawanej dotąd za ten artykuł przez szpitale galicyjskie.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 8. VI. do 14. VI. 1913 zgłoszono przypadków: błonicy — † — (obcych 1 † —), krztuśca 7 † 2, ospy wietrznej 7, płonicy 5 † 2 (1 † 1), odry 25 † — (1 † —), duru brzusznego 3 † — (2 † —), róży 1.

Dr Janiszewski.

Warszawa. Na porządku dziennym posiedzenia Wydziału II. Towarzystwa naukowego Warszawskiego dnia 20. czerwca 1913 znajdował się referat Dr J. Bielińskiego p. t.: »Charakterystyka działalności naukowej Szkoły Głównej Warszawskiej«.

— Pod Warszawą w Jurasinie (koło Rembertowa) powstała z fundacyi p. Zofii Hochowej kolonia lecznicza dla dzieci zagrożonych gruźlicą, chorych na lżejsze postacie gruźlicy t. zw. zamkniętej, lub potrzebujących doleczania w okresie zdrowienia po ciężkich chorobach. Fundatorka ofiarowała 3½-morgowy park z budynkami, wartości 15.000 rb., oraz 37.000 rb. na przebudowę i fundusz żelazny. W kolonii, która będzie

otwarta corocznie w ciągu $7^1/_2$ miesięcy (od 15. IV. do 30. XI) może być pomieszczonych równocześnie 60 dzieci, a przy 6-tygodniowym okresie pobytu, w ciągu jednego sezonu około 300. Lekarzem kolonii będzie Dr K. Łazarowicz; kuratorem jest Dr A. Puławski. (Gazeta lek. 24).

Łódź. Zarząd miasta postanowił utworzyć przy magistracie łódzkim wydział sanitarny. Do wydziału tego należeć mają: ogólny nadzór nad zdrowotnością miasta, regestracya zachorowań i śmiertelności, walka z chorobami zakaźnemi, szczególnie z ospą, szczepienia ochronne, nadzór lekarski szkolny, budowa nowych szpitali, zakład dezynfekcyjny i pracownia higieniczna miejska. Postanowiono dalej utworzyć stacye szczepienia krowianką przy wszystkich ambulatoryach szpitalnych i fabrycznych, oraz 10 osobnych stacyi miejskich. Zanim stanie szpital zakaźny miejski, którego budowa ma się rozpocząć na wiosnę 1914 i trwać 2—3 lat, ma być wynajęty dla pomieszczenia chorych zakaźnych barak w szpitalu Czerwonego Krzyża, a jako lokal izolacyjny ma być wynajęty osobny dom. Za staraniem Dr Łuczyckiego postanowiono celem zwalczania chorób wenerycznych wzmocnić nadzór nad prostytucyą i zbudować osobny szpital na 100 łóżek, a tymczasem wynająć dom na pomieszczenie chorych wenerycznych. Projekt organizacyi miejskiego wydziału sanitarnego ma opracować komisya, złożona z radnych miejskich, dwu obywateli i czterech lekarzy.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 2. VI. do 9. VI. 1913 przypadków: ospy 1 † 1, płonicy 1 † —, duru wysypkowego 8 † —, róży —.

Dr Trenkner.

Z różnych stron. Prof. Dr R. Kraus i Dr J. Winter z Wiednia zestawili 12 przenośnych pracowni bakteryologicznych, doskonale we wszystko wyposażonych, których koszt (80.000 koron) poniósł Dr Winter, i ofiarowali je rządowi austryackiemu na użytek armii w razie wojny. W czasie pokoju rozporządzać będzie temi pracowniami ministerstwo spraw wewnętrznych; w ten sposób zyskał rząd podstawę dla ruchomych stacyi bakteryologicznych, których potrzebę oddawna podnoszono, a które szczególnie mogłyby być użyteczne w Galicyi.

— Badania, podjęte w Monachium co do stosunków mieszkaniowych młodzieży uniwersyteckiej wykazały, że pod tym względem panują opłakane wprost stosunki. Prawie 22% t. zw. »bud« studenckich ma za mało powietrza (mniej niż 30 m³), 17% jest za ciemnych, a 2% jest nie do opalenia. K.

Mianowani: prof. Sauerbruch z Zurichu profesorem chirurgii w Halle (po zmarłym Bramannie).

Zmarli: Dr Jan Brzeziński w 62 r. ż. w Warszawie; studya odbywał w Szkole głównej, a następnie w Uniwersytecie warszawskim, gdzie też uzyskał dyplom lekarski; w r. 1870 brał udział w wojnie po stronie francuskiej, następnie doktoryzował się w Berlinie i pracował na klinikach francuskich i włoskich; obdarzony talentem literackim niepoślednim, pracował piśmienniczo na polu krytyki w »Gazecie polskiej« jako »Ignotus«, a od r. 1903—1906 redagował »Kuryera warszawskiego«. — Dr Maurycy Landau z Warszawy zmarł w Abacyi w 63 r. ż.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 25. czerwca 1913 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Demonstracye z oddziału Prof. Rutkowskiego i z klinik Prof. Rosnera i Prof. Piltza. 2) Demonstracya chorych, leczonych promieniami radu przez Prof. Krzyształowicza. 3) Prof. Krzyształowicz: Przemiana materyi, a choroby skórne,